AL, Psychiatrie und Antipsychiatrie

Zur Psychiatrie-Frage

Ein Problem, das zumindest zur Kenntnis genommen werden sollte, ist der enorme Wissensunterschied über die Psychiatrie-Frage, der zum Großteil auf der unterschiedlichen Betroffenheit beruht. Während beispielsweise zu Fragen von schädlichen Atomstrahlen ein allgemeines Interesse besteht - die Strahlen treffen alle -, glauben sich viele ALerInnen prinzipiell verschont von psychiatrischer Bedrohung. Wozu also damit auseinandersetzen? Genauso wird verdrängt, daß eine Reihe von ALerInnen ökonomisch vom psychiatrischen Machtapparat abhängig sind, also kaum zu einer prinzipiell kritischen Herangehensweise in der Psychiatrie-Frage willens sind. Deshalb als erster Schritt anbei ein Artikel über Schäden, die bei der Behandlung auftreten, die routinemäßig in Groß- und (gemeindenahen) Klein-*Kliniken*, *therapeutischen* Wohngemeinschaften, Übergangsheimen und vielen anderen Einrichtungen praktiziert wird. Die in der Vergangenheit geführte Debatte um die Frage "Groß- oder Klein-*Klinik*" ist angesichts der hier genannten Probleme so läppisch wie die Fragen "Großes oder kleines Atomkraftwerk" oder "Polizeizentrale oder Kontaktsbereichsbeamter".

Die Psychiatrie-Frage lautet: Wie kann der Ausstieg aus der Psychiatrie geleistet werden? Angesichts des Doppelcharakters der Psychiatrie (Repression und Vorspiegelung von Hilfe) verdoppelt sich diese Frage: 1. Wie können Menschen vor dem zwangsweisen Zugriff durch die Psychiatrie, speziell durch ihre gemeindepsychiatrischen Fangarme geschützt werden? 2. Wie kann Menschen, die tatsächlich psycho-soziale (nicht: pseudo-medizinische) Hilfe wollen, diese gegeben werden, daß sie nicht in Abhängigkeiten hineingeraten?

Aktuelles aus Koalitionsvereinbarungen

1. Wie können Menschen vor dem zwangsweisen Zugriff durch die Psychiatrie, speziell ihre gemeindepsychiatrischen Fangarme, und vor besonders grausamen und schädlichen Behandlungsmethoden geschützt werden?

Hier sehen die Koalitionsvereinbarungen folgende Punkte vor:

a) Schutz vor Zwangsbehandlung durch das Psychiatrische Testament
Nicht definiert ist, ob es sich um die starke, schwache oder läppische Version dieser Vorausverfügung für den Fall der Psychiatrisierung handeln soll. (Die starke Version läßt eine Zwangsbehandlung nur zu, wenn sie vorher, im Zustand der Normalität, für den Fall möglicher Ver-rücktheit ausdrücklich gewünscht war. Die schwache Version soll nur diejenigen vor unerwünschter Zwangsbehandlung (mit Neuroleptika, Elektroschocks usw.) schützen, die dies vorher ausdrücklich schriftlich niedergelegt haben. Die läppische Version ist im Betreuungsgesetzentwurf von Justizminister Engelhardt enthalten und sieht eine Anerkennung des PT vor für den Fall, daß der spezielle Behandlungs- bzw. Nicht-Behandlungswunsch dem Wohl der Betroffenen diene; läppisch heißt diese Version deshalb, weil die Definitionsgewalt über das Wohl psychiatrisierter Menschen noch bei PsychiaterInnen liegt.

b) Elektroschock
Er soll verboten werden. Nicht verboten werden sollen die nicht minder schauderhaften Lobotomien, Insulin- und Kardiazolschocks. Dem Elektroschockverbot werden sich PsychiaterInnen aller Schattierungen vehement entgegenstellen, allen voran die mit den Grünen liebäugelnden Sozialpsychiater Wulff und Dörner und ihre möglicherweise auch in der AL vorhandenen Gefolgsleute, die sich in der Vergangenheit immer wieder und gerade angesichts solcher Verbotsforderungen für den "notfalls" zwangsweisen Vollzug von E-Schocks aussprachen - falls sich die Psychiatrie-Betroffenen nicht mit den üblichen Methoden von ihrer störenden und unbequemen Sinnes- und Lebensweise abbringen lassen. Es wird darauf ankommen, den immer wieder aufgetischten Argumenten entgegenzutreten, nämlich 1. daß der modifizierte E-Schock unschädlich sei und 2. daß spezielle lebensbedrohliche Krankheiten wie z.B. die febrile Katatonie einzig durch E-Schocks behandelbar sei. Beide Argumente entbehren jeglichen Wahrheitsgehalts.

c) Expertenkommission zur Prüfung eines Verbots von Depot-Neuroleptika
Da nicht definiert ist, wer die ExpertInnen aussucht, wer wodurch zum Experten bzw. zur Expertin wird, ist diese Abmachung von zweifelhaftem Wert. In der Vergangenheit führten die übl(ich)en Expertenkommissionen zur Stabilisierung des Status quo, so zuletzt in Toronto 1985 zur Aufrechterhaltung des E-Schock-Vollzugs. Interessant wäre, wer innerhalb der AL als ExpertInnen anerkannt wird.

d) Stärkung der Betroffenenrechte
Hier ist einzig das bereits erwähnt PT genannt. Nötig wäre ein Schutz vor jeglicher vergewaltigender Behandlung gegen den Willen, wie es im medizinischen Bereich eine Selbstverständlichkeit darstellt und auch aus dem Grundgesetz (Artikel 2: Recht auf körperliche Unversehrtheit) hervorgeht. Interessant für die AL wäre, ob der fundamentale Schutz vor Zwangsbehandlung noch so mehrheitsfähig ist wie bei den Wahlprogramm-Debatten 1981 und 1985. Die Forderung nach Einsetzung von Ombudsmenschen als Beschwerdeinstanzen krankt daran, daß einmal mehr offengelassen ist, wer sie beruft und welche Rechte sie haben sollen.

e) Stärkung der Selbsthilfe-Organisationen
Hier wäre zu diskutieren, ob 1. die geplante Einschränkung der Haushaltsmittel für den Selbsthilfebereich ohne weiteres hinzunehmen ist und 2. nicht Priorität auf die Förderung der in der Vergangenheit benachteiligten freien, nicht-angeleiteten und unangepaßten *echten* Selbsthilfeorganisationen zu legen ist.

f) Öffentliche Diskussion über Psychopharmaka
Wo sind die Haushaltsmittel, um solche Diskussionen anzuleiern? Wo gibt es in AL-nahen Zuständigkeitsbereichen Möglichkeiten, diese Diskussionen zu führen? Wie erzielen wir Einigung darüber, was diskutiert wird? Ein ausgesprochen guter Ansatzpunkt zu ist auch die notwendige Änderung der Informationsblattes, das Untergebrachte in Psychiatrischen Anstalten gelegentlich in die Hand gedrückt bekommen und wo zu lesen ist, sie würden dann am schnellsten wieder aus der Anstalt kommen, wenn sie brav alles mit sich geschehen lassen, was die PsychiaterInnen für richtig halten. Hier ist unbedingt eine solche Aufklärung zu fordern, wie sie in den U.S.A. von Herstellern verlangt wird, und wo tausendmal mehr drin steht als in den läppischen Beipackzetteln bundesdeutscher Konzerne, wobei selbst diese noch den Betroffenen vorenthalten

werden. Wie wäre es, im *Stachel* und den *Stachligen Argumenten* mit gutem Beispiel voranzugehen?

g) Vergabe von Psychopharmaka nur noch durch *Fachärzte*
Diese Forderung beinhaltet die Trugschluss, daß PsychiaterInnen fachlich qualifiziert seien, mit primär auf den Stoffwechsel einwirkenden chemischen Substanzen psychische und soziale Probleme lösen zu können. Noch 1981 wurde im AL-Wahlprogramm gefordert, die gesamte Berufsausbildung Psychiatrie abzuschaffen. Wenn es in Deutschland ca. 1935 Hitlers Innenminister Frick war, der den Verein deutscher PsychiaterInnen an den Verband der NeurologInnen anschloß und ersteren damit den Anschein fachärztlicher Betätigung gab, sollte dies noch lange kein Grund sein, den psychiatrischen *Facharzt*-Abschluß anzuerkennen, und sei es auch nur aus taktischen Gründen. Die Psychiatrie-Grundlage ist (pseudo-)medizinischer Natur, reduziert den Menschen auf seinen Stoffwechsel, sieht Geist und Psyche notwendigerweise nur als Anhängsel, entwertet Abweichung als krankhaft. Da von PsychiaterInnen die inflationäre Vergabe von Psychopharmaka ausging, ist nicht verständlich, weshalb gerade diese Spezies nun einen bremsenden Einfluß haben sollte. Darüberhinaus kann die Vergabe von Psychopharmaka, sogar Neuroleptika durchaus gerade im medizinischen Bereich gerechtfertigt sein, z.B. (minimaldosiert und schwachpotent) zu anästhetischen und stoffwechselverlangsamenden Zwecken.

2. Wie kann Menschen, die tatsächlich psycho-soziale (nicht: pseudo-medizinische) Hilfe wollen, geholfen werden, ohne daß sie angepaßt, psychiatrisiert, in bestehende Verwaltungsstrukturen eingegliedert werden?

Hier sehen die Koalitionsvereinbarungen vor den

Ausbau bestehender Ansätze
Auf der einen Seite soll die psychosoziale *Versorgung* incl. Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgebaut und sogar bezirklich sektorisiert werden, auf der anderen Seite soll es eine Entpsychiatrisierung für die Betroffenen geben. Hier findet sich der zentrale Widerspruch wieder, der den Unterschied zwischen Psychiatrie und Antipsychiatrie ausmacht.

a) Psychiatrie-Ziele
Ziel von PsychiaterInnen ist im allgemeinen die Früherfassung, Registrierung, Diagnostizierung und (derzeit vorwiegend chemische) Behandlung von Menschen mit störender und unbequemer Lebens- und Sinnesweise ("psychisch Kranke und Behinderte").

In den U.S.A. macht die Zuwachsrate der Kinder- und Jungendpsychiatrie derzeit ca. 1.000 % aus; Opfer der Behandlung sind hauptsächlich "Zappel-Philippe", denen eine - nur von psychiatrischen *FachärztInnen* wahrnehmbares - minimale Hirnfunktionsstörung angedichtet wird, um sie dann mit Amphetaminen zu behandeln, die bei Kindern dämpfend wirken. Wer die Ausbildung, Praxis und Schriften von Kinder- und JugendpsychaiterInnen kennt, weiß, daß die Welle aus den U.S.A. längst auf die BRD übergeschwappt ist. Sie findet sich in den Koalitionsvereinbarungen wieder.

Was psychiatrische Registrierung bedeutet, kann Johannes Spatz erklären, ehemals Gesundheitsstadtrat in Wilmersdorf. In diesem Bezirk hat der Sozialpsychiatrische Dienst (SPD) beispielsweise inzwischen ca 20.000 bis 30.000 Akten angelegt, bei einer Einwohnerzahl von 150.000. Alle Behörden haben Zugang zu diesen

Akten, in denen alles Interessante gespeichert wird, incl. Diffamierungen, denen die SPDs grundsätzlich nachgehen müssen.

Sektorisierung, Prävention und Ausbau gemeindepsychiatricher Institutionen ausgerechnet nach den in der Psychiatrie-Enquete genannten Vorstellungen (Vorstellungen, die von Anstalts-Führern ausgearbeitet wurden und in der Forderung nach erneuter Legalisierung von Zwangssterilisation gipfelten) kann nicht im Interesse von solchen Menschen sein, die sich an Grundwerten wie Autonomie und Freiheit der persönlichen Entwicklung orientieren. Das Argument, die genannten Ziele der Psychiatrie dienten dem Abbau von Groß-*Kliniken* und seien somit entpsychiatrisierend, ist zudem verlogen: Die bundesdeutschen Erfahrungen mit dem Ausbau gemeindepsychiatrischer Einrichtungen weisen eine erhöhte Zwangseinweisungsrate auf, was KennerInnen der Materie allerdings wenig überrascht (Stichwort: KontaktbereichspsychiaterIn).

Die Einrichtung von psychiatrischen Kriseninterventions-*Diensten* war im 1985er AL-Wahlprogramm noch offen gelassen, aus gutem Grund. Wie nun erst wieder 1988 auf dem *Vormundschaftsgerichtstag* aus berufenem Munde zu hören war, senkt ein psychiatrischer Krisen-*Dienst* die Hemmschwelle zur Psychiatrisirung und hat erhöhte Zwangsunterbringungszahlen zur Folge. Der Begriff "aus berufenem Munde" ist insofern berechtigt, als es sich bei dem Berichterstatter um einen Hamburger Unterbringungsrichter handelte, der (unter Mitarbeit des psychiatrischen Kriseninterventions-*Dienstes* Deutschlands höchste Zwangsunterbringungszahlen zustande bringt und sicher wußte, wovon er redete (Stichwort: Psychiatrisches Überfallkommando).

Daß beim Ausstieg aus der Psychiatrie Arbeitsplätze erhalten bleiben sollen, evtl. sogar quantitativ vermehrt, scheint selbstverständlich. Daß die Menschen, die bisher in Groß-*Kliniken* z.T. gewaltsam elektrogeschockt, niedergespritzt, geschlagen, fixiert und sonstwie gequält haben, grundsätzlich in neuzuschaffende alternative Einrichtungen zu übernehmen seien, klingt allerdings zynisch. Diese Forderung dürfte insbesondere Frauen, die besonders gerne Opfer psychiatrischer Gewaltakte werden, schwerlich zu erklären sein.

b) Antipsychiatrie-Ziele

Therapeutische Wohngemeinschaften

Nicht-ausgrenzende, in geringem Umfang bestehende Ansätze, Psychiatrie-Betroffenen zu helfen, sollen laut Koalitionsvereinbarungen ausgebaut werden. Wie aber *Therapeutische* Wohngemeinschaften (TWGs), in denen die InsassInnen nicht - wie bisher - gezwungen sind, sich PsychiaterInnen vorzustellen und deren *Therapie*-Angebote, vornehmlich Psychaopharmaka, zu beugen, ist bezeichnenderweise offengelassen. Die "freie Wahl von Hilfsmöglichkeiten" in Zusammenhang mit bisher bestehenden psychiatrischen Zwischenlagern zu nennen, ist leider auch zynisch. Nötig wäre, den Finanzierungsvertrag über TWGs zwischen Kassen und Senat (abgedruckt im *Psychiatrieplan* des Senats, 1984, S. 80ff.) in der Weise zu ändern, a) daß der Passus in der Präambel "... eine kostengünstige und zugleich wirksame Behandlungsform zu gewährleisten" ersetzt wird durch "eine kostengünstige Behandlungsform zu gewährleisten, die das Recht auf Psychopharmaka-freie Hilfe enthält", b) daß das Wohnrecht nicht vom Wohlwollen der BetreuerInnen oder gar vom SPD abhängig gemacht wird und c) die BewohnerInnen im Sinne der Stärkung der Betroffenen-Rechte über die Auswahl ihrer BetreuerInnen selbst entscheiden können.

KommRum, KUB und Weglaufhaus

Als Muster für eine entpsychiatrisierende psychotherapeutische Betreuung für diejenigen Menschen, die diese Betreuung wollen, dienen wahrscheinlich KommRum und speziell KUB. Es darf abgewartet werden, ob die Finanzierung des letztgenannten Projekts weiterhin in solch - gelinde gesagt - absurder Weise abhängig gemacht wird von der Forderung nach Einbeziehung von PsychiaterInnen in das geplante Projekt, wie jüngst ähnlich beim Weglaufhaus geschehen - und dies unter dem Stichwort der Entpsychiatrisierung. In bezug auf beide Projekte hätten sich fortschrittlich verstehende MedizinerInnen und PsychiaterInnen hier ausgezeichnete Möglichkeiten, sich öffentlich vom Machtanspruch ihrer KollegInnenschaft zu distanzieren und durch öffentliche Erklärungen die Forderung beider Projekte nicht nur nach einem Recht auf Psychopharmaka-freie Hilfe, sondern auch nach einem Recht auf Psychiatrie-freie Hilfe zu unterstützen.

Betroffenen-Beteiligung und -Untertützung

Inwieweit tatsächlich an eine Entpsychiatrisierung und an eine grundlegende Orientierung an den Interessen von Psychiatrie-Betroffenen gedacht ist, wird sich daran zeigen, inwieweit weiterhin die organisierten Betroffenen aus Entscheidungen ausgegrenzt bleiben, inwieweit weiterhin ausgerechnet PsychiaterInnen als ExpertInnen zu psychiatriepolitischen Entscheidungen hinzugezogen werden, wo es angeblich um Entpsychiatrisierung geht. Auch darf man/frau gespannt sein, ob die Irren-Offensive e.V. als Selbsthilfegruppe und Betroffenen-Organisation, die es laut Koalitionsvereinbarungen besser zu unterstützen gilt, im nächsten Haushaltsjahr (inflationsbereinigt) auch nur 1 Pfennig mehr erhält als derzeit.

Peter Lehmann, 26.9.1989